Geschichte der Behandlung nichteitriger Brustfellentzündungen

Auszug
aus der
Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der
Medizinischen Doktorwürde
an der
Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin

Von
Paul Happel
aus Rotthausen, Kr. Essen

BIBLIOTHEEK RIJKS-UNIV. LEIDEN

Tag der Promotion: 26. April 1921

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstraße 29.

186

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin
Dekan: Prof. Dr. **Rubner**
Referenten: Prof Dr. **His**
Prof. Dr. **von den Velden**

I. Teil: Zeit vor Laennec-Trousseau.

Die Pleuritis und Pneumonie werden unter dem Begriff „Peripneumonie“ zusammengefaßt (Ausnahme: Hippokrates, Galen u. wenige andere). Die Folge ist, daß man kaum einen Unterschied in der Behandlung beider und daher auch keinen Fortschritt in der Pleuritistherapie findet.

a) Interne Maßnahmen: Die vorhippokratische Zeit weist nur wenige, allgemein gehaltene Angaben über Mittel gegen die Peripneumonie auf. Hippokrates kennt viele Mittel speziell gegen Pleuritis. „Jede Krankheit hat ihre best. kritischen Tage“. Daher oberster Grundsatz, bis zum 7. Tag eingreifende Maßnahmen bei der Pleuritis zu unterlassen! Fieberbehandlung besteht in warmen Waschungen und Bädern, Oeleinreibungen, säuerlichen Getränken. Bei den Diätvorschriften empfiehlt H. Gerstenptisane. Beim Aderlaß soll Blut bis zur Farbveränderung, bei hartnäckigem Seitenstechen gar bis zur Ohnmacht entnommen werden. Celsus, Aretaeus, Galen bringen nichts Neues. Die Araber führen die Revulsion ein. Im übrigen ist aber bei ihnen und auch im ganzen Mittelalter nichts zu finden, was über die hippokratischen Grundsätze hinausginge. Man stellt mehr Krankheitsformen auf, streitet über Teilnahme oder Nichtteilnahme der Lunge bei Pleuritis, streitet darüber, wann, wo, wie oft und unter welchen Umständen der Aderlaß zu machen sei und vergißt darüber die Lehren der Alten mehr und mehr. Erst Pierre Brissot greift auf Hippokrates zurück, macht wieder ausgiebige Aderlässe und tritt dem Arabismus scharf entgegen. Um diese Zeit beginnt wie auf anderen Gebieten der Medizin auch für die Therapie die Loslösung von der tausendjährigen Tradition. Doch hören wir zunächst bezüglich der Pleuritistherapie noch nichts von einschneidenden Neuerungen. Die Pleuritis kann noch nicht als selbständige Krankheit erkannt werden. Man verfällt auf philosophisch-spekulative Grübeleien: Zeitalter der Naturphilosophen, Jatrophysiker, Chemiatriker, Physiologen, des Broussaisisme, Brownianisme. J. P. Frank (1745—1821) steht schon an der Schwelle der neuen Aera in der Pleuritistherapie. Er kennt neben der

Venaesektion manch neues Mittel: Antimonialpräparate mit dem Salztränkchen, gelinde Diaphoresis; bei nachbleibenden Schmerzen: flüchtiges Liniment mit Kampher, Blutegel, Blasenpflaster, Narkotika (Hyoscamus, Cicuta), Sarsaparillendekokt etc. Doch auch Fr. kennt noch keinen Unterschied in der Behandlung der Pleuritis und Pneumonie!

b) Chirurgische Maßnahmen: Hippokrates kennt bei Pleuraergüssen als Spontanheilung: Durchbruch in die Lungen oder Durchbruch nach außen. Ersteres sucht H. durch Eingießungen von Nieß- und Hustenmittel in die Luftröhre zu erreichen. Gelingt es nicht, so sorgt er für Abfluß nach außen: Thorakocentese, Glüheisen, Rippendurchbohrung, Drainagen mit zinnernen Röhren oder Leinwand. — Wiederholung der Maßnahmen bei Celsus und Galen. Später werden sie nur ganz vereinzelt angewandt, so von Rhazis im 9. und von Arculanus und Joh. de Vigo im 15. Jhdt. Erst im 16. und 17. Jhdt. tritt man wieder allgemein für die Operation ein: Vesalius, Paré, Fabricius, Zacatus, Lusitanus, Gaudin, Reich, Purmann, Bontius. Das 18. Jhdt. bringt wieder einen Rückschritt. Man sieht viel Mißerfolge, da man von der Vorübung an der Leiche an den Operationstisch schreitet und die weise Vorschrift des Hippokrates, den Kranken zuvor mit viel warmem Wasser zu waschen, vergessen hat.

V. Teil: Von Laennec-Trousseau bis zur Gegenwart.

Die Fortschritte der Anatomie und Physiologie zu Beginn des 19. Jhdts. und die Entdeckung der Perkussion und Auskultation (Auenbrugger, Laennec) berechtigen dazu, um diese Zeit einen neuen Abschnitt in der Pleuritistherapie zu verzeichnen.

a) Chirurgische Maßnahmen: Die Entwickelung der physikalischen Untersuchungsmethoden entfacht durch die Sicherheit der Diagnose den Mut der Chirurgen aufs Neue. Man sucht möglichst früh zu operieren und die Lungenschrumpfung durch Vermeiden von Luftzutritt zu verhüten. Hippokrates hatte dies durch Unterbrechung des Abflusses und Verstopfen der Wunde, Bontius (1658) durch nachfolgende Einspritzungen und Bell und Bassius (18. Jhdt.) durch Verschieben der Haut vor dem Schnitt zu verhindern gesucht. Lurde eröffnete 1765 mit Troikart statt Messer die Pleurahöhle und verhinderte Luftzutritt durch Auflegen eines Fingers. Jetzt werden am Troikart die verschiedensten Einrichtungen angebracht: Trogtroikart (Skoda und Schuh), Ventilverschluß mittels Schafdarmes (Reybard). Higginson hält

den Schlauch unter Wasser. Billroth punktiert im Bade nur mit Troikart unter Hautverschiebung. Gegen Beginn des V. Decenniums weiß man, daß Punktion bei serös-haemorrhagischem und Inzision bei eitrig-jauchigen Exsudaten indiziert ist. Trousseau stellt seine Indikationen auf: Punktionsbehandlung ist bei nichteitriger Pleuritis gerechtfertigt bei Indicatio vitalis, bei sehr großen Exsudaten, bei verzögerter Resorption. Man sucht nun Mittel, die Exsudatnatur vor den therapeutischen Maßnahmen zu erkennen. Bacelli glaubt, Flüstersprache nur bei serösen Exsudaten als Fremitus zu perzipieren. Man sticht gehöhlte Nadeln durch die Brustwand bis 1866 Mader die Pravsze Spritze verwendet und dadurch den Weg zur Probepunktion weist. Das hat zur Folge, daß man nun am Troikart Saugvorrichtungen anbringt: die große Menge der Aspirationsapparate kommt auf (Dieulafoy, Rasmussen, Cunning, Quinke, Fräntzel u. v. a. bis in neuester Zeit). Doch kommen noch plötzliche Todesfälle durch zu schnelle intrathorakale Druckverminderung zustande. Auch tritt oft Vereiterung des Exsudates auf. Auch diese Zwischenfälle werden verhütet, nachdem man gelernt hat, antiseptisch bezw. aseptisch vorzugehen und mit den Heberapparaten (Playfair 1873; Bülau 1876) den Druck im Thorax und das Ablaßtempo genau regulieren kann. Wenig später ersetzt man die abgelassene Menge durch Luft oder Gase oder verwendet diese sogar zum Ausblasen der Exsudate (Holmgren. Wenckebach). A. Schmidt empfiehlt neuerdings als einfachste Methode die „offene Pleurapunktion“. — Schwierigkeiten machten noch lange die chronischen Exsudate. Aber auch hierfür kennt man jetzt ein wirksames Mittel: die sonst nur bei alten Empyemhöhlen geübte Thorakoplastik (Estlander, Schede).

b) I n t e r n e M a ß n a h m e n: sind seit Anfang des 19. Jhdt. durch die Erfolge der Chirurgie und weiter dadurch sehr eingeengt worden, daß man die Pleuritiden sekundärer Natur kennen gelernt hat. An neuen therapeutischen Mitteln sind aus diesem Zeitabschnitt in der Arbeit mit geschichtlichen und kritischen Bemerkungen erwähnt: Jod, Salicylsäure und ihre Salze; Kalk und Kalksalze; Digitalis; Pilokarpin-Jaborandi; Flüssigkeitseinschränkungen, Kochsalz, Schrothsche Kur etc.; physikalische Maßnahmen; Thoraxkompression; Heftpflasterverbände; Atemgymnastik; Methylenblauinjektionen; Autoserotherapie und ihre Modifikation durch Evler.

Zum Schluß muß die Frage, ob mit der heutigen Pleuritistherapie eine voraussichtlich endgültige Stellungnahme erreicht ist, verneint werden.